

Al Comune di Polistena - ATS di POLISTENA

OGGETTO: DICHIARAZIONE DA PARTE DEI CAREGIVER INERENTE ALLE ATTIVITÀ DI CURA DEL CONGIUNTO E ALLA CONSEGUENTE RIDOTTA CAPACITÀ LAVORATIVA

Il sottoscritto _____, residente a _____ (____)

In via _____ n° _____ CAP _____, in qualità di

CAREGIVER FAMILIARE DI:

Nome: _____ Cognome: _____ residente a _____ (____)

In via _____ n° _____ CAP _____

ACCERTATO

di essersi collocato al n° _____ della GRADUATORIA di cui all'AVVISO PUBBLICO per l'accesso al contributo economico concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza, pubblicato dal Comune Capofila di Polistena con determinazione **Reg. Gen. N. 77 del 13-03-2025.**

DICHIARA

che le attività svolte per l'espletamento del servizio di cura del proprio congiunto a seguito della ridotta capacità lavorativa sono state le seguenti:

- ☐ *Somministrazione di farmaci e/o ausilio in terapie*
- ☐ *Accompagnamento a visite specialistiche,*
- ☐ *Acquisto medicinali*
- ☐ *Cura dell'igiene personale del malato e alla sua vestizione*
- ☐ *Realizzazione dei pasti e assistenza nel consumo del cibo*
- ☐ *Altra attività _____*

DICHIARA

- ☐ **L'esistenza in vita dell'assistito la permanenza dei requisiti previsti dal bando.**

N.B. Allega copia del documento d'identità

Luogo e data

Firma

_____, ____/____/____

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), di aver preso visione dell'informativa allegata alla presente dichiarazione e di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e nel rispetto degli adempimenti per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

Luogo e data

Firma

_____, ____/____/____
